突发人为灾难后的心理危机干预与援助*



刘正奎　刘 悦　王日出

中国科学院心理研究所 心理健康重点实验室 北京 100101

摘要　突发性人为灾难因具有不可预知性、不可抗拒性及造成毁灭性后果等特点，使得其对社会公众的心理行为产生巨大心理冲击。文章描述了突发人为灾难后个体心理健康状况和社会群体行为表现，阐述了突发人为灾难对个体和群体心理影响的特点，重点分析了突发人为灾难后的心理危机干预理论与实施，以及开展长期灾后心理援助的模式。我国近年来突发人为灾难多发，加强心理危机干预与援助的研究与应用将会有力地提升全民预防和应对突发人为灾难的能力。

关键词　突发人为灾难，心理危机，创伤后应激障碍，心理援助

DOI　10.16418/j.issn.1000-3045.2017.02.007

chinaXiv:201703.00032v1

灾难是指导致重大生命伤亡或广泛环境变化，并产生系列经济、政治和社会后果的事件[1]。它强调的是那些对人带来负性影响的自然与人为事件，世界卫生组织（WHO）则直接将灾难看作是“一种大大超过个人和社会应对能力的、生态和心理方面的严重干扰”[2]。灾难依据危害程度，可分为特别重大、重大、较大和一般等。研究者一般将灾难分为自然灾难与人为灾难，简言之，就是天灾人祸。自然灾难是由于自然发生的事件所导致，比如飓风、海啸、地震等。而人为灾难，则是由人类所致，比如恐怖袭击；或者由于人类活动中的失误或事故而产生的灾难，比如石油泄露、核事故、重大交通事故、食品安全事故等。在我国《突发事件应对法》中，突发人为灾难事件包括事故灾难、公共卫生事件和社会安全事件[1]。瞬间发生的人为灾难不仅导致生命伤亡和经济损失，而且会给灾难的幸存者及社会带来巨大的负性心理冲击。

1 突发人为灾难后个体与群体的心理应激反应

面临突发人为灾难，个体和群体会产生强烈的心理应激反应，并导致系列的心理健康问题，但该问题长期未受到重视。2001 年美国“9·11”恐怖袭击事件和 2011 年日本福岛

*资助项目：中科院“率先行动”计划特色研究所项目（TSS-2015-06）
预出版日期：2016年11月21日

ChinaXiv合作期刊

chinaXiv:201703.00032v1

核泄漏事件的发生，都不同程度地增加了学界和社会对灾后心理应激反应的关注。对1986年切尔诺贝利核电事故25年后的研究发现，心理疾患是突发人为灾难引起的最为普遍的公共健康问题，包括抑郁、焦虑、创伤后应激障碍（PTSD）、医学无法解释的躯体症状以及污名化[3]。大量的流调发现，灾难后PTSD的发病率可高达33.3%，抑郁症的发病率可高达25%，受灾者和救援者还可能出现焦虑、睡眠障碍、物质滥用（如烟酒）等心理及行为问题[4]。女性、精神疾病史、创伤暴露程度、当下压力和社会支持缺乏等都是创伤后精神疾患的危险因素[5]。相比自然灾难，人为灾难幸存者的心理问题表现更复杂并持续受损[6]。一项关于大规模暴力事件的元分析研究表明，幸存者PTSD流行率为1.3%—22%，发病率的大小受灾难是否蓄意以及事件和自身联系的影响[7]。由于人为灾难影响的不确定性以及伴随疾病导致的生活改变及污名化，人为灾难往往会给幸存者带来巨大的持续影响。一项对非典病人的调查显示：在急性传染期，精神疾患发病率为35%；一年后精神疾患发病率为64%；三年后的随访中，42%的随访者报告存在精神疾患，PTSD发病率为23.2%，抑郁症发病率为16.6%[8]。这说明公共卫生事件会给患者留下较长的心理阴影，患者的心理健康并不会随身体健康的恢复而恢复，反而有恶化的趋势。有关火灾幸存者的研究发现，他们的PTSD患病率约为25%，由于大火往往会造成长期的损伤（包括外貌变化），使得日常功能和社交受损，症状很难随着时间消逝而消退[9]。

突发性的人为灾难，由于具有不可预知性、不可抗拒性及造成后果的毁灭性，而对社会公众的心理行为产生巨大的影响。灾难带来巨大负性信息或影响会随着人际传播，特别是随着现代媒介而迅速传播，从而也会在灾害发生区域之外产生心理震荡，甚至会引起全社会的恐慌。在“9·11”恐怖袭击后3—5天，研究者采用随机拨号的方式采访了全美560名成人，询问他们自己和孩子对于事件的态度，90%的受访者出现不同程度的应激反应，44%的受访者一直处于应激状态，35%的孩子出现至少一种应激反应。应激症状和程度与观看相关新闻的多少有关，超过1/3的家长不让孩子观看相关报道。应激症状随灾难发生的时间有所减缓，在非纽约居民中，17%居民在恐怖袭击2个月后仍有创伤后应激症状，6个月后仍有5.8%居民表现出创伤后应激症状，人们担心未来还会发生恐怖袭击，而自己或身边的人会成为受害者[10]。而随着媒介的传播，福岛核事件产生强烈的“心理台风眼”效应[11]，甚至引发我国各地抢购盐、醋等的社会群体风潮。

突发性人为灾难还容易诱发谣言传播和加剧群际冲突。谣言是在模糊、危险或具有潜在威胁的情境中普遍流传的未经证实的说法，以帮助人们理解和管理感知到的风险[12]。谣言的传播强度取决于情境的不确定性、环境的威胁和焦虑等。突发人为灾难特别是公共安全事故或恐怖袭击等形成的高风险情境会引发谣言的高发潮。在真实信息真空的情况下，谣言替代性表达公众灾难后的震惊和愤怒等负面情绪，从而获得控制感[13]。在环境具有威胁或危险性时，人们失去了自己的判断能力，在强烈寻求安全感情绪推动下，人们一般没有欲望或动力去验证和调查信息的真实性；同时，危险和骚乱的情境也会使人们变得更加敏感，因此就更愿意传播谣言[14]。

2 突发人为灾难后个体与群体心理应激的特点

相对于自然灾害，突发人为灾难对个体与群体心理影响表现出3个特点。

2.1 突发人为灾难直接冲击人们的安全感

即使是由于极端天气条件引起的翻船灾难事件，但最终还是由于人们没有做好充分的准备、存在安全隐患，即由于人类的失误或事故造成的，这类灾难理论上而言是可避免的。正因如此，较之自然灾难，社会和个人对人为灾难更加缺少心理和现实的预防和准备，即便有预防也不在个体的水平上。因此除了害怕、恐惧和无助之外，对于人为灾难，人们的情绪反应还包括疑惑、愤怒、不信任和指责等，这些负面情绪不仅本身就是心

ChinaXiv合作期刊

理疾患的症状表现，也更容易导致长期的心理问题[15]。同时，突发人为灾难随着媒体与人际的传播，会在短期之内在整个地区甚至国家范围内，产生心理冲击和心理恐慌，甚至会带来社会的震荡[10]。

2.2 突发人为灾难后会带来更多迭代心理创伤

自然灾难之后，社会各界会立即伸出援手，救援物资在第一时间开始筹集，受灾民众积极进行自救与重建。而对于突发人为灾难来说，救援反应相对较慢，人们往往等待有关方面承担对事件的责任，灾难恢复也往往不是外界首要（或唯一）焦点，而重建工作也经常由外界进行主导，当地群众缺乏话语权。由于突发人为灾难往往存在责任方，问责和赔偿就可能需要更大的精力，甚至牵扯法律诉讼或政治解决，这个过程也伴随着更大的压力和心理负担[16]。责任不明确、无人负责、赔偿不公平等，都是不公平感的来源，甚至导致各种社会群体大规模冲突。由于人为灾难的长期后果尚不清楚，尤其是化学或者生物灾难（比如污染、核泄漏、食品安全等问题）是否对身体和精神造成损伤？是否对经济和生态环境造成影响？这些损伤和影响能否恢复？何时恢复？诸如此类的问题都是未知。在高风险、不确定的情境下，个体和群体的心理状态、决策表现都会受到影响[5]。

2.3 突发人为灾难后亲历者的心理创伤具有典型阶段性

自然灾难之后，幸存者通常会经历冲击（恐惧）、英雄主义（利他）、悲伤（内化）、愤怒（外化）、重建常态 5 个阶段[17]。灾难后两天左右的冲击期，受灾群众的身体反应明显，如肌肉紧张、胃部不适等；情绪反应激烈，表现为易怒、害怕、烦躁等；行为表现为睡眠困难、进食障碍等。英雄主义则是指在灾难之后人们开始互相救助，表现出热情高涨的情绪。

突发人为灾难后，人们更多表现出困惑、指责、不信任和对长期影响的不确定，心理健康水平迅速下降并持续保持在较低的水平。人为灾难后，亲历者很少经历群情激昂的英雄主义，往往直接进入悲伤和愤怒情绪[16]。有一些突发事故后愤怒期的时间会相应延长，甚至任何突发事件都可能延长或再次引发愤怒期。

突发人为灾难后会出现典型的悲伤和愤怒情绪，在事件后两天至两周开始，亲历者除表现出焦躁、易怒等情绪以外，部分人还会表现出攻击、串联、张贴标语和网络泄愤等行为。愤怒期可再细分为 3 个阶段。（1）酝酿阶段。经过冲击期、悲伤期之后，受灾民众心理显得较为敏感，总体表现为“暂时平稳，暗流涌动”。（2）释放阶段。部分民众在自身诉求迟迟未得到回复或外部信息与自身意愿相差过大时，容易出现非正常甚至过激的言行，例如攻击、网络泄愤和群体暴力等。（3）觉知阶段。随着时间的推移，受灾民众开始得到更多有关灾难事件处理信息。如当地政府颁布的某些赔偿政策，或冷静下来，或继续释放，内心开始觉知思考，衡量利益得失。

3 突发人为灾难后心理危机干预与援助

3.1 危机干预与心理援助的时机与内容

突发人为灾难发生后，需要最大限度地减少灾难对人类身心健康的影响，提供急救和持续护理。为了将影响降到最低，必须实施心理危机干预和管理。典型的危机管理包括 4 个环节，即 PPRR——预防和减灾（Prevention and mitigation）、准备（Preparedness）、紧急反应（Response）及恢复（Recovery）。其中紧急反应和恢复两个环节主要针对已发生事故的危机管理[18]；同时，为了恢复幸存者、救援者等的心理健康水平，需要开展长期的心理援助。

在灾后早期阶段，心理干预的重点是提高安全感、促进稳定性（冷静下来）、促进个体和集体的效能感、促进人际联系、点燃希望[19]。危机事件应急管理（critical incident management）是指针对危机情境中个体，旨在缓和急性心理压力、恢复生理心理功能平衡、减小可能发生的心理创伤的紧急心理护理[20]。一般应急管理融合了危机干预、小组压力辅导等技术，主要包括 7 个核心内容：危机前准备（个人和组织层面）、灾后大规模遣散程序、个

chinaXiv:201703.00032v1

体紧急危机辅导、无害化处理（简短的小组讨论、旨在降低急性症状）、危机事件压力辅导（较长的小组讨论、旨在对于灾难的心理完结及重症转介）、家庭危机干预、后续说明及转介心理评估与治疗[21]。

危机干预是暂时解决问题，干预本身一般都很短，干预效果可能持续很久[20]。研究发现，在突发人为灾难后短期内个人的应对方式，可以显著预测后续的心理健康情况。对“9·11”恐怖袭击的创伤后应激症状调查显示，恐怖袭击发生两周内个人采用的应对方式对6个月后的创伤后应激症状预测的效果，仅次于采用事件前是否患有精神疾患。人们在恐怖袭击后的积极应对可以预防后续的心理问题，而恐怖袭击后不去应对应激症状（如否认、放弃等）会增加PTSD的发病率。因此，在突发人为灾难刚刚发生后，采取紧急的干预可以有效缓解当时症状、恢复秩序，并预防后续的心理疾患[22]。

由于灾难所导致的心理问题不会很快消除，可能在多年之后仍有影响，个体在经历创伤之后可能出现不同的症状发展，主要包含4类。（1）大部分人在事件后不会表现出高应激的状态和心理问题，有较强的心理韧性者约占35%—65%。（2）另有15%—25%的人在创伤后应激水平较高，且随着事件消失而症状消失，属于心理恢复人群。（3）第3类人群表现为长期受损（5%—30%）、症状持续。（4）最后一类人群在事件发生后初期没有反应出强烈的应激反应，而是在后期才表现出症状，属于延迟受损（0%—15%）[15,23]。

因此，人为灾难后有相当数量的群体需要长期心理援助。联合国机构间协作组织（IASC）2007年出版了《在紧急情况下的精神健康和心理援助指南》，为解决灾后最急需的精神卫生和心理及社会问题提出了综合建议。在指南中，就紧急情况下的心理救援提出了以下的基本原则：（1）应急计划；（2）全面评估；（3）重视长期发展；（4）各机构之间的合作；（5）将心理援助融入基础医疗；（6）面向全体受灾人群，提供服务；（7）深入系统的培训和督导；（8）利用重要指标进行监督。该指南也明确了普及开展长期心理援助的重要性[24]。

3.2 突发人为灾难后心理危机干预

危机干预的主要目标是降低事件的冲击和影响，助力正常的复原过程（正常人对于非正常事件的正常反应），使人恢复到正常的适应能力。危机干预一般需要遵从以下原则：简单（方法简单）、快速（几分钟、最多一小时）、应变（需要适应各种新的情况）、实用（任何建议必须实用才有效）、就地（就近进行接触）、及时（危机情况需要紧急处理）、预期（需要树立合理的积极效果）[25]。日本灾后心理健康护理指南中强调，灾后心理工作者首先要协助当地的精神卫生机构正常运转，并在灾后尽早与灾民进行接触，如果心理干预不及时，焦虑、绝望、困惑的情绪得不到缓解，就更容易产生严重心理问题乃至群体事件。在最初阶段，心理工作者针对受到影响的当地居民主要开展两类活动。（1）作为总体救援行动的一部分促进整体人群的心理健康、降低整体人群的压力和心理创伤，主要内容包括探访灾民了解情况、传播准确的灾难信息和对普通大众的心理教育。（2）对于灾后常见精神疾患的预防、早期发现和治疗，包括精神疾患筛查、鼓励人们接受咨询、对个体进行心理教育、转诊等。根据该指南，在灾后1—2周内，第一类活动是重点；第二类活动应在满足灾民基本需求之后开展，主要着重于降低困惑和迷茫，而非作出诊断[26]。

国内外行之有效的危机干预方法包括：心理急救、压力辅导、快速眼动脱敏治疗、稳定化技术等，可以一对一地进行个体干预，也可进行群体干预[20]。此时期受灾群众处于最初的恐惧中，很多反应是正常的应激反应，心理护理主要以应急、稳定为主，要尊重个体自然恢复的过程与心理韧性能力，避免直接深入探索灾难发生时的场景和过程[26]。对于影响广泛的重大突发事件，开设危机干预热线或网络平台可以照顾到更多受灾群众。由于重大应激反应可诱发精神分裂症等重症精神病症状加重或复发，因此危机干预阶段应特别关注精神病患者或有精神病家族史的个人，出现精神病性症状的及

chinaXiv:201703.00032v1

ChinaXiv合作期刊

chinaXiv:201703.00032v1

时对其采取药物等方式进行干预[27]。

危机干预的干预阶段另一个重要任务是需求评估。与身体伤痛相比，心理创伤并不直观，需要较为深入的分辨与评估。重大突发事件的心理评估包括社区层面和个体层面，分别考虑不同的实际情况和需求。（1）社区评估。社区评估主要是为了了解人群中精神疾患和心理问题的发病率以及不同干预需求的频率和程度。准确的评估是分配有限资源、建议服务内容、明确干预重点的基础。社区评估要求快速、有代表性，常采取走访社区干部和快速筛查的方法。根据评估内容不同，评估进行的时间也有所不同。比如PTSD的临床诊断病程要求是4周，即持续出现症状4周以上方可诊断（抑郁症的诊断标准病程为2周）[28]。因此早期的社区评估（事件后2—4周）主要是了解社区情况、创伤暴露情况、受损情况并发现可能的心理问题个体。（2）个体评估。个体评估则是进行相对细致的临床诊断、日常功能、社会心理因素、个人态度与信仰、个人及家族病史等评估，并直接提供可以满足个体需要的心理健康服务。个体评估往往针对社区评估中发现的已经出现的严重症状或高危人群。

3.3 突发人为灾难后长期心理援助

根据心理复原的社会生态理论，个体受到不同层面的因素影响：个体、家庭、学校和社区、社会文化。（1）个体因素。包括性格、应对方式、生理因素、遗传因素等。（2）家庭因素。包括家庭经济社会地位、亲子关系、教育水平等。（3）学校/社区因素。包括社会支持、同辈关系、社区环境、邻里关系等。（4）社会文化因素。包括社会经济因素、社会价值观、文化传统等。心理健康依赖于整个生态系统的健康与平衡[29]。

在突发人为灾难后，所有受到影响的个体均可能出现不同程度的心理问题，IASC建议针对全社会进行基本的心理干预，不仅针对有需求的个体，也包含没有出现症状或者不主动寻求帮助的个体[24]。

重大突发人为灾难后进行心理健康援助、满足民众心理社会需求是保障人权的重要组成部分，心理援助工作本身也代表了社会的进步，促进社会公平、保障个人尊严、鼓励自助和参与，这些都是文明社会文化的体现[30]。由于需求不同，需要在初期进行评估、辨别，并有统筹、有侧重地开展针对性的心理援助。根据症状水平和发展趋势，按照对心理干预的需求程度，可将人群分为4类。（1）明显出现症状的人群。包括临床和亚临床人群。（2）高危人群。高度创伤人群、心理疾患的高风险人群，包括严重受创人群、丧亲家属、救援者等。（3）易感人群。容易受到灾难事件影响，有较高灾后心理疾患、较高流行率的人群，如儿童、青少年、女性、老年人等。（4）普通人群。暴露于重大突发事件的一般民众，可能受到影响的所有人群。

对于已经经过诊断符合精神疾患临床标准的个人，或者未达到临床标准的亚临床患者，应采取干预进行治疗。国外常见的干预方法主要包括药物治疗和心理治疗。药物治疗须在专业精神病医生的诊断下开展，如抗抑郁药（针对PTSD、抑郁症）、神经刺激类药物（针对抑郁症）等。目前，国际上针对PTSD的心理治疗，临床验证有效的方法有认知行为治疗、暴露治疗等；针对抑郁症的心理治疗，临床验证有效的方法主要是认知行为治疗[4]。另外，近年来我国也开始了中医治疗PTSD的研究，有证据显示针灸在治疗PTSD上效果与药物相当[31]。对于高危人群（严重受创人员、丧亲家属、救援者等），应进行以心理治疗为主的心理干预、开展心理教育，以防止其症状恶化或迟发性心理疾患。对于易感人群（如妇女、青少年及儿童、老年人等），可通过进行心理教育、组织团体活动等方式开展心理服务、促进学校和社区的文化氛围。对于普通人群，可通过公共宣传、新闻媒体宣传传播信息稳定情绪、促进积极情绪，从而提高全民心理健康。另一方面，针对伴随人为灾难的污名化，也需要通过教育，让普通群众了解情况并与受灾人群进行接触，以达到去污名化的目的。

由于心理援助持续时间长、服务范围广等特点，灾后的心理服务也需遵从外界主导到当地自助的方式

chinaXiv:201703.00032v1

转化。由于我国大部分地区普遍缺乏专业的心理学、精神卫生队伍[32]，灾后初期的危机干预又有较高的专业要求，因此在灾后早期，需要有组织的外来专业人才与当地人员共同参与危机干预工作。危机干预专家在到达当地后，首先应与事件救援指挥部门、当地精神卫生系统取得联系并了解其需求，与当地医疗系统、教育系统等取得联系并了解情况进行初步评估。根据评估结果，对易感人群、高危人群集中的社区和学校进行筛查并提供危机干预。救援者由于长期暴露于灾难场景，加之工作强度大、缺乏休息，更易出现应激反应[33]。因此针对救援者和枢纽人群（如医护人员、教师、基层干部等），应进行个体及团体危机干预，保障救援工作的顺利进行。紧急救援期之后，社区开始进行恢复重建，心理服务也从危机干预阶段转入更为常规系统的心理援助。该过程的成功取决于5方面：政府与政策、人力资源与培训、项目与服务、研究与监督、经费与财务[34]。该阶段，专家应与当地政府协作，在学校或社区建立心理援助中心，并根据服务对象的区别，采用不同的心理援助模式和方法进行常规系统的心理援助；同时，着手培养当地人才和队伍，通过专业培训和督导，建立由以专业心理援助团队（如心理健康教育中心、心理服务非政府组织等）为核心、有一定心理学知识的基层团队（如教师、基层干部）为外围的心理援助团队，并与当地精神卫生/医疗部门联动进行转介，从而形成完整的心理服务体系。为保证心理援助的质量，应从国家层面制定标准和培训内容，并进行统一的定期培训和考核。同时建立统一的机构和个人的注册体系，以协调、监督具体心理援助工作的开展。

4 突发人为灾难后心理危机干预与援助建议

随着我国城镇化进程加速，人口越来越集中，密集度越来越大，社会生活方式越来越高度组织化，突发人为灾难带来的人员伤亡和心理冲击风险也随之大幅增加。为了更好地预防和应对我国突发人为灾难中的心理健康和社会稳定问题，应进一步加强5方面的工作。

（1）完善灾后心理危机干预与援助法律法规，加强灾后心理危机干预与援助在国家救灾行动中地位。近几年，我国发生了系列突发人为灾难，我国政府和社会不仅实施了高效的生命营救和物质救援，而且也高度关注灾难后心理危机干预与心理援助。心理危机干预与援助专业性强，对人员知识、资质、临床经验有严格要求，当前仍缺乏专业人员资质认证、培训和效果评估，加之灾后非常态的社会状况，亟需进行统一管理和资源支持，出台配套的法律法规保证，以确保心理援助工作及时、稳定、有效地开展。

（2）建立科学的灾后信息发布、重大决策、善后处理和问题反馈等制度。要逐步或实时地发布或公开突发人为灾难后事故处理的进展，既要保证信息的公开、透明，又要表达对受灾民众的重视，同时杜绝小道消息的产生。准确发布信息除了有利于增加受灾民众的安全感和对政府的信任度，还有利于心理援助工作的顺利开展。扩大民众的参与权，吸收民众代表参与灾后处理与重建相关的区域重大事项决策，增强决策透明度。例如，在灾后房屋安全鉴定办法及维修方案、室内定损评估及赔偿处理办法正式发布之前，先在居民代表中征求意见，逐步释放信息，避免政策出台后产生大的波动。鼓励和宣传受灾群众通过合法的途径表达自己的需求，如正常的信访途径等，让受灾民众能找到正常、合法的问题反馈和情绪宣泄的途径。

（3）高度重视次生灾难发生对个体与群体心理产生的迭加冲击。突发人为灾难发生后，紧急救灾时，要立即开展安全普查和教育工作，预防再次发生该类事故。如果在安置阶段发生次生的事故或发生带有负性情绪的事件，将可能直接激化矛盾，影响事故的善后处理，其中的次生灾害包括火灾、打架受伤等，应采取必要的措施，降低这类影响。从概率论的角度，危险的工业设施必然会发生意外事故，只是时间早晚的问题。因此，需要科学地规划和设计危险类的工业设施，使其危险事故

ChinaXiv合作期刊

chinaXiv:201703.00032v1

在可控和可预测范围内。同时，对危险工业设施设置多重探测和警告系统，提前发现、提早处置。

（4）对于社会稳定的任务要有符合灾后状态的定位。将不发生恶性社会性事件和一旦发生任何社会性事件要得到及时响应这两点定位为工作底线。对民众到上级部门提出要求等按照正常需求表达对待，以缓和民众和工作人员两方面的高压力状态，避免不良事件的发生。对极个别散布谣言、蛊惑他人、影响社会稳定的人员，联合公安机关依法给予严肃处置。建立问题快速落实和服务群众长效机制。针对群众反映的困难问题，能现场解决的现场解决；不能现场解决的，在作好解释说明的基础上，开通绿色通道，快速分流办理，跟踪督查落实，逐步将群众工作从应急转入常态，按照“先简后繁保基本”的原则，满足流动人口的教育、医疗等基本需求，逐步推进公民同等化待遇。

（5）部署突发人为灾难后心理创伤研究单元和重大科技任务，为灾后心理危机干预与援助提供科学支撑。围绕“基于基因-脑-行为-社会的创伤应激反应的发生机制”的系列科学问题，凝聚多领域科研力量开展研究，从而带动解决我国各类应激事件（交通、家庭暴力、性侵、各种诊断重大疾病等）带来的心理疾患问题。培养心理危机干预与援助专业人才，建立全国专业人才储备网络，以应对我国各类突发事件发生后的巨大的心理危机与援助需求。

参考文献

1 UNESCAP&UNISDR. Protecting development gains: Reducing disaster vulnerablity and building resilience in Asia and the Pacific. Thailand, 2010.

2 Mental Health Division W. Psychological Consequences after disaster. WHO, 1992.

3 Bromet E J. Mental health consequences of the Chernobyl disaster. Journal of Radiological Protection, 2012, 32(1): 71-75.

4 North C S, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters a systematic review. JAMA, 2013, 310(5): 507-518.

5 Gouweloos J, Duckers M, Brake H, et al. Psychosocial care to affected citizens and communities in case of CBRN incidents: A systematic review. Environment International, 2014, 72: 46-65.

6 McFarlane A C, Williams R. Mental health services required after disasters: learning from the lasting effects of disasters. Depression Research and Treatment, 2012: 970194.

7 Wilson L C. A systematic review of probable posttraumatic stress disorder in first responders following man-made mass violence. Psychiatry Research, 2015, 229(1-2): 21-26.

8 Lam M B, Wing Y K, Yu M M, et al. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors long-term follow-up. Archives of Internal Medicine, 2009, 169(22): 2142-2147.

9 Vanloey N E, Schoot R, Faber A W. Posttraumatic stress symptoms after exposure to two fire disasters: Comparative study. Plos One, 2012, 7(7): e41532.

10 Schuster M A, Stein B D, Jaycox L H, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. New England Journal of Medicine, 2001, 345(20): 1507-1512.

11 梁哲，许洁虹，李纾，等. 突发公共安全事件的风险沟通难题——从心理学角度的观察. 自然灾害学报, 2008(02): 25-30.

12 Fonzo D N, Bordia P. Rumor psychology: Social and organizational approaches. Washington, DC.: American Psychological Association, 2007.

13 张书维，王二平. 群体性事件集群行为的动员与组织机制. 心理科学进展, 2011, (12): 1730-1740.

14 Faye C. Governing the Grapevine: The study of rumor during World War II. History of Psychology, 2007, 10(1): 1-21.

15 Santiago P N, Ursano R J, Gray C L, et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: Intentional and non-Intentional traumatic events. PLoS One, 2013, 8(4): e59236.

16 McCormick L C, Tajeu G S, Klapow J. Mental health

ChinaXiv合作期刊

consequences of chemical and radiologic emergencies a systematic review. Emergency Medicine Clinics of North America, 2015, 33(1): 197.

17 Rudenstine S, Galea S. Behavioral consequences of disasters: a five-stage model of population behavior. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2014, 8(6): 8.

18 Zhong S, Clark M, Hou X Y, et al. Progress and challenges of disaster health management in China: a scoping review. Global Health Action, 2014, 7: 24986.

19 Hobfoll S E, Watson P, Bell C C, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry, 2007, 70(4): 283-315.

20 Kearns M C, Ressler K J, Zatzick D, et al. Early interventions for PTSD: a review. Depression and Anxiety, 2012, 29(10): 833-842.

21 Everly G S, Flannery R B, Mitchell J T. Critical incident stress management (CISM): A review of the literature. Aggression and Violent Behavior, 2000, 5(1): 23-40.

22 Silver R C, Holman E A, McIntosh D N, et al. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. JAMA, 2002, 288(10): 1235-1244.

23 Wang C W, Chan C L, Ho R T. Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: A systematic review of epidemiological studies across 1987-2011. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2013, 48(11): 1697-1720.

24 Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC, 2007.

25 Mitchell J T. Characteristics of successful early intervention programs. International Journal of Emergency Mental Health, 2004, 6(4): 175-184.

26 Kim Y. Great East Japan Earthquake and early mental-health-care response. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2011, 65(6): 539-548.

27 Funayama M, Mizushima J. Severity of pre-existing psychiatric illness and response to the Great East Japan Earthquake. Journal of Psychiatric Research, 2013, 47(10): 1479-1482.

28 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth ED: American Psychiatric Association, 2013.

29 Stormshak E A, Connell A M, Veronneau M H, et al. An ecological approach to promoting early adolescent mental health and social adaptation: family-centered intervention in public middle schools. Child Development, 2011, 82(1): 209-225.

30 Herman H. Promoting mental health and resilience after a disaster. Journal of Experimental & Clinical Medicine, 2012, 4(2): 6.

31 张虹, 袁彩凤, 冉连辉, 等. 不同针灸方法治疗汶川“5·12”地震创伤后应激障碍的临床随机对照研究. 中华中医药杂志, 2010, 25(9): 6.

32 Charlson F J, Cheng H G, Shidhaye R, et al. The burden of mental, neurological, and substance use disorders in China and India: a systematic analysis of community representative epidemiological studies. Lancet, 388(10042): 376-389.

33 Hammond J, Brooks J. The World Trade Center attack - Helping the helpers: the role of critical incident stress management. Critical Care, 2001, 5(6): 315-317.

34 Patel V, Boyce N, Collins P Y, et al. A renewed agenda for global mental health. Lancet, 2011, 378(9801): 1441-1442.

chinaXiv:201703.00032v1

ChinaXiv合作期刊

Crisis Intervention and Psychological Assistance after Sudden Man-made Disasters

Liu Zhengkui Liu Yue Wang Richu

（CAS Key Laboratory of Mental Health, Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences, Beijing 100101, China）

Abstract Sudden man-made disasters are unpredicatable and unresistable, and may cause catastrophic distruption and loss for the community and individuals. The individual response and collective reaction to man-made disasters are distinguished from natural disasters in its severity, trajectories, and underneath functions. This paper reviews the psychological and behavioral reactions to sudden man-made disasters at both individual and group levels, specifically focuses theories and practice of crisis intervention and post-disaster psychological assistance. Working models of disaster management and post-disaster psychological intervention are discussed. Understanding psychological aspects of man-made disasters has significant implication in promoting the capability of preparation, prevention, and effective response to such disasters.

Keywords sudden man-made disaster, psychological crisis, post-trauma stress disorder, psychological assistance

刘正奎 中科院心理所，心理健康重点实验室研究员、博士生导师。研究方向：心理创伤研究与援助。E-mail: liuzk@psych.ac.cn

Liu Zhengkui Ph.D., Professor of Applied Psychology, Key Laboratory of Mental Health, Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences. Research interest covers mental health consequences of trauma exposure. E-mail: liuzk@psych.ac.cn

chinaXiv:201703.00032v1